**Paul Hustinx, lid van de Alliantie Behoud ziekenhuis Parkstad**

**Inleiding**

De ziekenhuizen zoals wij die nu kennen ontstonden vaak uit behoefte aan specifieke zorg en dan vooral voor ongevalsslachtoffers. Het scala aan pathologie was kleiner deels door een lagere gemiddelde leeftijd en deels door een andere leefwijze. De behoefte aan acute zorg lag vooral op het vlak van EHBO: eerste hulp bij ongelukken. In de tweede helft van de vorige eeuw ontstond steeds meer behoefte aan SEH: spoedeisende hulp voor b.v. hartinfarcten en CVA’ s door toenemende vergrijzing en verandering in leefstijl (voeding en beweging), vaak mede bepaald door de sociale situatie, waarin iemand zich bevindt. En is er sprake van bevolkingsgroei. Dit alles zorgt voor meer vraag naar gezondheidszorg inclusief acute zorg. Daarnaast speelt nog de 24/7 maatschappij, waarin wij allemaal leven en ons het idee geeft, dat alles altijd op elk tijdstip van elke dag mogelijk moet zijn: winkelen, sporten, uitgaan en zorg krijgen.

**Vraagstelling**

Op 28 maart a.s. zoekt u naar antwoorden op de vraag: wat zijn de gevolgen van concentratie, fusie en schaalvergroting van SEH en acute zorg op zorgorganisaties, zorgprofessionals en burgers?

Ik zal vanuit mijn perspectief als burger van Parkstad (Heerlen en omgeving), als patiënt (o.a. hartoperatie), maar ook als pensionado na bijna 40 jaar werken in de zorg (traumachirurg) proberen deze vraag te helpen beantwoorden.

**Bespreking**

In een situatie van overvloed en een gemakkelijk te bereiken topkwaliteit van zorg zal de behoefte aan concentratie, fusie en schaalvergroting minder groot zijn. Helaas is de situatie anders. Er kan steeds meer in de zorg, maar dat is niet goedkoop en daardoor zijn de zorgkosten ongekend gestegen. De zorgvraag blijft maar stijgen. Personeel is echter schaars. Onderzoek laat zien, dat concentratie van bepaalde behandelingen kan leiden tot verbetering van de resultaten. Dit betekent, dat clustering van behandeling van zeldzame of heel complexe, electieve zorg een bepaalde logica in zich heeft. Tijd is hierbij nauwelijks een factor. Ook reisafstand is minder een factor. Vanzelfsprekend is “dichtbij huis” het prettigst voor patiënt en familie, maar voor een beter resultaat in een faciliteit op afstand met de nazorg zo veel mogelijk in eigen omgeving zijn de meeste mensen bereid tot reizen. Deze clustering kan gevolgen hebben voor de betrokken ziekenhuizen, zodat “uitruil van zorg” te prefereren is indien mogelijk en verantwoord.

Anders ligt het bij acute zorg. Daar kan bereikbaarheid en toegankelijkheid (lees: aanwezigheid, reisafstand, reisduur) wel degelijk een rol spelen. “Time is muscle” bij een hartinfarct, “time is brain” bij een herseninfarct en ook bij grote ongevallen is er wel degelijk een relatie tussen transportafstand c.q. transporttijd en eindresultaat. Hierbij moet wel vermeld worden, dat een langere reisafstand/reistijd gecompenseerd kan worden door een betere outillage in het verder weg gelegen ziekenhuis. Helaas is het probleem, dat niemand van tevoren weet, wat precies zo’n betere outillage moet zijn om de potentiële gevaren van langer transport/reistijd te compenseren en te rechtvaardigen (vraagstuk van de tijdkritische aandoeningen!) en wat er exact aan de hand is bij de patiënt. Tijdkritische aandoeningen kunnen soms een uur transport verdragen, maar in andere gevallen slechts 15 minuten. Zorgkwaliteit moet medebepalend zijn voor de situering in een acuut zorgnetwerk. Bij een ramp zijn er door fusies minder SEH’ s beschikbaar voor het “Gewondenspreidingsplan”. Ook kan een ambulancebemanning zich vergissen in de ziekenhuiskeuze, of de langere reisafstand/reistijd onverantwoord vinden of wordt de patiënt per eigen vervoer (5 % van de ernstige patiënten!) gebracht. Een goed gesitueerd netwerk van adequate acute zorg voorzieningen is naast een voortdurende aandacht voor opleiding, training en oefening van de betrokken zorgmedewerkers op het gebied van acute zorg daarom essentieel.

Preventie speelt een rol en dan vooral quick wins, die in het verkeer zeker mogelijk zijn. Andere soorten van preventie vragen om een lange adem zoals het afremmen van probleem van obesitas en andere zogenaamde welvaartsziekten. Gemeenten spelen hierin een grote rol.

Concentratie, fusie en schaalvergroting van acute zorg kan leiden tot verbetering van kwaliteit en organisatie en tot vermindering van personeelsbehoefte, maar kent ook nadelen. Er kan “crowding” ontstaan met o.a. een opnamestop tot gevolg. Zo’n opname stop noodzaakt een ambulance verder te reizen met een patiënt met als gevolg achteruitgang van de paraatheid van deze ambulancedienst. Personeel kan weggaan omdat de afdeling als te druk wordt ervaren of door cultuurverschillen tussen beide fusiepartners. De zorgkwaliteit kan achteruitgaan door oplopen van wachttijden en het te weinig tijd hebben voor het adequaat afmaken van een behandeling. Te grote reisafstand kan een oorzaak zijn van zorgmijding met toename van kosten voor WMO en WLZ als gevolg. Het meest kwetsbaar voor de gevolgen van het sluiten van SEH en acute zorg zullen de niet-mobiele personen en ook het armste deel van de bevolking zijn zonder mantelzorgers. Daarnaast kan het leiden tot verstoring van de acute zorgketen als een heel drukke HAP in een regio met veel zieke personen plotseling zonder een SEH komt te zitten om op terug te vallen. Huisartsen zullen defensiever te werk gaan en sneller iemand laten ophalen met een ambulance en laten vervoeren naar een SEH. Huisartsen lopen ook de kans met een situatie geconfronteerd te worden, waarvoor zij niet zijn opgeleid. Dit kan zelfs invloed hebben op het vestigingsklimaat voor huisartsen met als gevolg tekorten aan huisartsenzorg.

Bij een fusie is vaak 1 locatie “de klos” en raakt uitgekleed. Is zo’n fusie binnen 1 gemeente dan heeft dat minder effect op de bevolking of een gemeente. Is deze fusie over grotere afstand dan zijn nadelige effecten niet uit te sluiten. In het hedendaagse verkeer is langer reizen niet aantrekkelijk door de toenemende filedruk. Daarnaast loopt een ambulance rijdend met OGS (“toeters en bellen”) 30 x meer kans op een ongeluk dan gewoon vervoer. Na een fusie wordt wel eens gedacht aan een alternatief voor een SEH met benamingen als een “acute zorg afdeling”. Helaas zijn er geen kwaliteitseisen voor dit soort afdelingen en dat kan de acute zorg in gevaar brengen. Misschien is het beter om dan zo’n voormalige SEH helemaal te sluiten. Maar dan bestaat wel het gevaar voor een HAP zonder adequate rugdekking met alle gevolgen van dien.

Het aantrekkelijker maken van de zorg (beloning, aansturing, verminderen administratie, vrijheid) in zijn algeheel en de acute zorg in het bijzonder is de eerst voor de hand liggende oplossing. Ook moet de uitstroom in de zorg resoluut en landelijk op zo’n kortst mogelijk termijn worden aangepakt. Het fenomeen van de Zzp’er vraagt ook aandacht.

**Burger- en gemeenteperspectief**

Verplaatsing/sluiting van een SEH kan leiden tot:

* Langer uitstel van behandeling met mogelijk toename van kans op mortaliteit, invaliditeit en morbiditeit. Dit kan grote sociale impact hebben leidend tot inkomstenverlies of dit nou komt door zorgmijding of te langdurig transport naar een locatie voor adequate behandeling.
* Toename belasting voor mantelzorgers
* Lokale en regionale overheden hebben geen inspraak of zeggenschap in deze processen. Zij kunnen wel veel meer lasten hierdoor krijgen in het kader van WMO en WLZ. Daarnaast kan een gemeente zijn aantrekkelijkheid voor bedrijven verliezen als vestigingsplaats. Het MKB kan nadelen ondervinden bij het afnemen van bedrijvigheid in/verdwijnen van een ziekenhuis en zelfs kan het leiden tot een braindrain in zo’n gebied en afname van werkgelegenheid.
* Goede bereikbaarheid voor iedereen onafhankelijk van sociale status of leeftijd van een acute zorg faciliteit is eigenlijk een grondrecht en acute zorg moet vallen onder de nutsvoorzieningen met medebeslissingsrecht voor de betrokken overheden.
* Juist de zwaksten in de samenleving hebben goede zorgvoorzieningen nodig en zeker acute zorgvoorzieningen, omdat zij o.a. door problemen met vervoer het gevoeligst zijn voor zorgmijding, waardoor de kans op het uit de hand lopen van hun gezondheidssituatie het grootst is.
* Onnodig vertoeven van een oudere op een SEH moet men proberen te voorkomen, maar zal zeker niet altijd te vermijden zijn.